

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

1476

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Noël BRETON

Né le 17 Décembre 1911 à ORLÉANS (Loiret)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA

BRONCHO - ALVÉOLITE
SPUMEUSE GRIPPALE
CHEZ LE NOURRISSON

Président : M. LAUBRY, Professeur

VIGOT FRÈRES, Éditeurs
23, Rue de l'École-de-Médecine 23,
PARIS
1939

8741

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Noël BRETON

Né le 17 Décembre 1911 à ORLÉANS (Loiret)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA
BRONCHO-ALVÉOLITE
SPUMEUSE GRIPPALE
CHEZ LE NOURRISSON

Président : M. LAUBRY Professeur

VIGOT FRÈRES, Éditeurs
23, Rue de l'École-de-Médecine 23,
PARIS
1939

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL- LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JÉANNIN.
Clinique gynécologique	I. VY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthodépée	M. JACQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Assistance médico-sociale	Clovis VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale
 BESANÇON (J.) . Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale
 COSTE Pathologie médicale
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES .. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 L'ANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale
 LAVIER Parasitologie
 LELONG Pathologie médicale
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI . Neurologie et Psychiatrie.
 MÈNÉGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale
 MOREAU Pathologie médicale
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale
 PETIT-DUTAILL IS... Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 SEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.
 BUÉNIOT Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU - LEMAIRE... Parasitologie.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
PASTEUR-
VALLERY-RADOT
SEZARY.

Clinique médicale.

MM.
BASSET.
BROCQ.
CADENAT.
GATELLIER.
MOURE.
QUENU.
VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
MCALLE.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD Puériculture.
RUPPE Education physique.
WEIL-HALLÉ Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUBRY
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BABONNEIX

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin des Hôpitaux

En témoignage de notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE TOURS

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Contribution à l'étude de la Broncho-alvéolite spumeuse grippale chez le nourisson

AVANT-PROPOS

On a déjà signalé au cours de la grippe chez le nourisson, des formes à type d'œdème aigu tonital, à type de bronchite capillaire. On peut observer également, à la suite d'un coryza grippal, une atteinte pulmonaire soit sous forme de bronchites diffuses, soit sous forme de congestions pulmonaires en général fugaces, soit encore des broncho-pneumonies.

On peut enfin observer un syndrome que nous voulons décrire ici, qui s'observe avec une certaine fréquence, et, présente une individualité clinique très nette :

« La broncho-alvéolite spumeuse grippale du nourisson. »

C'est un syndrome caractérisé : par une *toux* fréquente, par l'apparition très fréquente aux lèvres d'une *mousse blanche aérée*, par de nombreux râles puis, secs ayant les caractères de la « pluie de râles » de l'œdème diffus du poumon, par l'*apyrexie*, la conservation relative de l'état général, et une *évolution favorable* dans la majorité des cas.

HISTORIQUE

C'est en 1926, pour la première fois, que ce syndrome est individualisé, par MM. Robert DEBRÉ, SEMELAGNE et COURNAUD sous le nom « d'œdème infectieux pulmonaire subaigu et curable du nourrisson ».

En 1933 le Professeur LEREBoullet signale, dans les nourriceries BILLARD et PAROT, un syndrome à allure générale de la maladie observée par M. DEBRÉ : Rhinopharyngite initiale, cyanose, dyspnée, apyrexie.

Son pronostic.

Le seul point particulier qui nous a beaucoup frappés, dit-il, a été une expectoration mousseuse, albumineuse, dont l'origine broncho-pulmonaire est prouvée par la présence, histologiquement constatée de cellules bronchiques desquamées et de polynucléaires.

Syndrôme alors qualifié de « bronchiolite aiguë grip-pale. »

En 1938 le Professeur LEREBoullet, MM. Marcel LELONG, J. DELARUE et JOSEPH, apportent une documentation très riche : 28 cas d'un syndrome respiratoire subaigu précisant certains points ils ajoutent des notions

nouvelles : connaissance de formes plus rapides, de formes à évolution mortelle, et surtout l'adjonction de *l'expectoration mousseuse*.

L'étude de cette expectoration, celle des lésions broncho-pulmonaires constatées, les amènent à montrer les obscurités qui règnent et à proposer, pour ce syndrome dont la personnalité clinique est indiscutable, un nom bien spécial, affirmant cette individualité : « la broncho-alvéolite spumeuse ».

Si l'expectoration mousseuse était déjà connue, elle n'avait guère été signalée jusqu'alors, que dans des états bien différents par la gravité de leurs symptômes et la rapidité de leur évolution mortelle.

En 1927 en effet, H. LEMAIRE signalait la mousse aux lèvres à propos de trois cas d'œdème infectieux aigu du poumon, dont deux terminés par la mort.

En 1934, M. RIBADEAU-DUMAS et en 1936 son élève ARTANIT, mentionnaient une mousse très aérée aux lèvres des nourrissons frappés de formes graves d'infections pulmonaires.

La dénomination de « broncho-alvéolite spumeuse » présente l'intérêt de mettre aussi l'accent sur un signe objectif curieux de la maladie.

ETIOLOGIE

La broncho-alvéolite spumeuse grippale du nourrisson, n'est pas une affection rare. On en publie encore cependant les observations rencontrées, et malgré les travaux, nombreux déjà, auxquels elle a donné lieu, son étiologie n'est pas encore bien précisée.

Le fait étiologique le plus important nous paraît bien être le jeune âge des enfants; c'est pourquoi d'ailleurs nous l'incorporons à la dénomination du syndrome.

Sur les 28 observations publiées par le Professeur LEREBoullet, et dont 20 forment un ensemble de cas très semblables entre eux :

5 avaient de 26 jours à 1 mois $1/2$;

10 avaient de 1 mois $1/2$ à 4 mois;

3 avaient de 4 mois à 7 mois.

Sur nos 6 observations personnelles nous obtenons une même proportion :

2 avaient au-dessous de 1 mois;

3 avaient de 1 mois à 4 mois;

1 avait 5 mois.

Les nourrissons dont nous présentons les observations, ne présentaient ni les uns, ni les autres, de tares congénitales, aucun stigmate de syphilis héréditaire, et cette maladie n'a pu être décelée chez les parents.

Sur nos nourrissons : 2 prématurés. Mais, ces enfants n'étaient nullement des débiles, encore moins des athrepsiques. Nous signalons le fait, car PARROT a montré l'existence d'œdèmes pulmonaires chez les athrepsiques.

Aucun de ces enfants n'a vécu dans un milieu contaminé par le B. K. La tuberculose des nouveau-nés ne pouvait être envisagée.

Signalons également, que dans tous les cas l'accouchement a été normal, jamais nous n'avons pu incriminer ni un traumatisme obstétrical, ni déceler l'inhalation par l'enfant, au moment de la naissance de particules liquides en quantité anormale.

Dans tous les cas, les premiers jours de la vie de l'enfant se sont passés sans incidents, les enfants buvaient bien et la courbe de poids était satisfaisante.

ETUDE CLINIQUE

L'étape initiale de la maladie est marquée par un coryza banal, qui peut demeurer complètement apyritique.

Le premier symptôme, qui attire réellement l'attention est deux à trois jours après, la toux impérieuse coqueluchoïde, se déclenchant dès qu'on remue l'enfant, et aboutissant à l'apparition sur les lèvres d'une écume blanche finement aérée.

Au repos l'aspect de l'enfant est presque normal; n'étaient un certain degré de polypnée superficielle, un teint moins rosé que de coutume, une légère cyanose des lèvres.

Dans tous les cas, la dyspnée existe, souvent elle est légère, à peine perceptible au repos, mais l'accélération des mouvements respiratoires devient évidente au moindre mouvement, sous l'influence de l'effort et des cris. Dans d'autres cas, la polypnée est intense, parfois accompagnée de tirage, le moment des quintes mis à part.

Tient-on à déplacer l'enfant pour l'examiner, faire sa toilette, une circonstance quelconque provoque-t-elle les cris, alors la toux apparaît.

Toux sèche, métallique ou rauque, donnant l'impression d'un trouble laryngé. La crise de toux est faite d'une série de secousses brèves, se succédant à intervalles courts et égaux, d'une manière monotone.

La crise de toux s'accompagne de congestion de la face; quand l'enfant vient de boire, elle peut être l'occasion d'un vomissement. Il n'y a jamais de reprise typique, et, la confusion avec la coqueluche n'est pas possible.

D'autant moins que la toux, s'accompagne d'un second symptôme insolite, mais caractéristique : la mousse sur les lèvres : c'est une spume blanchâtre, très finement aérée, plus ou moins abondante et se reproduisant immédiatement dès qu'on l'essuie. Son abondance est variable, mais souvent elle s'écoule en grande quantité par les lèvres et quelquefois par les narines.

A ce moment, l'aspect de l'enfant est modifié : il est postré, d'une pâleur cyanique, les lèvres sont bleuâtres. La respiration est nettement accélérée; on note du tirage épigastrique et sus-sternal, parfois un léger battement des ailes du nez. Les extrémités sont froides et violacées.

L'examen clinique est toujours négatif, sauf en ce qui concerne les poumons, et vient compléter le tableau.

La sonorité de la paroi thoracique est normale à la percussion.

A l'auscultation une pluie de râles bulleux fins, inspiratons, vient éclater sous l'oreille. Rappellant le râle crépitant, mais plus fin que celui-ci. Siégeant tantôt sur une large zone du thorax, tantôt en un point plus limité.

Ayant les caractères du râle de l'œdème pulmonaire et aussi, dans la plupart des cas, sa diffusion sur une large étendue du champ d'auscultation.

Jamais en pareille circonstance, nous n'avons entendu de souffle.

Malgré tous ces troubles fonctionnels ou stéthacoustiques, et c'est encore un point caractéristique du syndrome, l'état général reste bon. La température reste normale, dépassant rarement 38°, le petit malade est le plus souvent complètement appétique.

L'absence de signes généraux de toxi-infection est dans tous les cas remarquable.

Le reste de l'examen clinique du bébé, ne décèle rien d'anormal.

Le foie n'est pas gros, la rate est normale; pas d'albumine dans les urines, la courbe pondérale peut même

ne pas être modifiée, le plus souvent cependant on note une légère baisse de poids, liée à la diminution de l'appétit et à la gêne qu'apportent les accès de toux à l'alimentation.

La broncho-alvéolite spumeuse, malgré sa parité apparente est, dans la règle, une maladie relativement bénigne, qui mérite l'épithète de « curable ».

L'évolution vers la mort, doit être en effet tenue pour exceptionnelle.

En général, pendant 5 ou 6 jours environ, l'état de l'enfant reste stationnaire, il continue toujours à s'alimenter et à prendre du poids, malgré une absence presque totale de signes généraux, il continue à avoir la même toux et la spume, cette dernière devenant plus rare cependant; il a toujours une légère dyspnée et ses poumons sont toujours remplis de crépitants nombreux et étendus.

Puis, l'affection diminue peu à peu d'intensité et évolue lentement vers la guérison.

Donc : bon pronostic, il ne semble pas y avoir de séquelles; la croissance de l'enfant se poursuit normalement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le point le plus délicat est certes celui de l'interprétation anatomique.

Il est évident que les signes d'auscultation et l'apparition de mousse aux lèvres imposent l'idée d'œdème pulmonaire. Mais la teneur en albumine de cette mousse aérée, ne dépasse pas deux grammes par litre. Sur les frottis de cette spume, la coloration au muci-carmin de Mayer ne montre que de rares gouttelettes d'exsudat séro-albumineux et l'on trouve surtout de larges plaques muci-carminophiles.

Les éléments cellulaires sont constitués par des cellules bronchiques et des macrophages; les leucocytes polynucléaires sont rares.

L'étude anatomique des poumons a été faite dans plusieurs cas, sans jamais montrer l'aspect classique des poumons œdémateux, mais celui des broncho-pneumonies à foyers disséminés les plus banales. L'aspect histologique est celui des broncho-pneumonies et les phénomènes d'œdème ne sont pas plus marqués ici que dans n'importe quelle autre broncho-pneumonie.

Mais, nous avons pu relever d'une manière constante, des altérations moins banales. Ce sont, d'une part, des altérations de l'appareil alvéolaire réalisant les deux formes habituelles, hyperplasique avec alélectasie et atrophique avec emphysème, de la « pneumonie réticulée ».

Ce sont, d'autre part, des altérations bronchiques considérables : obstruction par du mucus de la lumière des bronches et des bronchioles, amincissement de la tunique musculaire, congestion des vaisseaux de l'adventice et du chorion.

De telles altérations pariéto-alvéolaires et bronchiques ne sont jamais aussi marquées dans les broncho-pneumonies habituelles de l'enfance.

Ces constatations pouvaient inciter à discuter la légé-
timité du terme d'œdème pulmonaire appliqué à ces cas, à titre provisoire, par le Professeur Robert PEBRÉ.

La dénomination de bronchiolite aiguë, adoptée par ROHMER et Mlle PHELEZOT, ne marque qu'une partie de la vérité.

Celle de broncho-alvéolite spumeuse, proposée par le Professeur LEREBoullet, a, l'intérêt de souligner la diffusion des lésions à tout l'arbre respiratoire sans trop en juger la nature, et l'avantage de mettre l'accent sur un signe objectif, très curieux, de la maladie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle).

André Ch... 25 jours.

Entre dans le service le 7 juin 1939, parce qu'il tousse depuis 5 ou 6 jours.

Poids 3 kilos 800. Taille 50 cm.

On est en présence d'un enfant aux lèvres et aux extrémités bleuies, respirant vite, présentant du tirage épigastrique.

Une toux laryngée, coqueluchoïde, avec apparition sur les lèvres d'une spume blanche abondante, s'exagère en crise dès qu'on remue l'enfant et augmente la cyanose.

Légère rhino-pharyngite.

A l'auscultation : nombreux râles fins disséminés sur tout le champ pulmonaire, éclatant par bouffées à la fin de l'inspiration. Le reste de l'examen clinique est absolument négatif.

On met l'enfant sous l'oxygène par intermittences et on lui donne 0.01 gr Gardénal. On le baigne et on lui fait un peu de sérum lactosé.

La cyanose disparaît; la spume devient moins abondante et le 15 juin, soit 8 jours après son entrée, tout est terminé.

La température n'a pas dépassé 37°5.

Poids : 3 kilos 700.

OBSERVATION II (Personnelle).

Claude Del... 28 jours.

Né avant terme.

Poids 3 kilos 250.

A son entrée dans notre service le 21 janvier 1939, en dépit d'une température à 37° l'enfant présente :

Une cyanose prononcée;

De la dyspnée (50 respirations à la minute) avec du tirage, des signes légers de rhino-pharyngite;

En outre, il présente une toux opiniâtre, impérieuse, et même sans arrêt par la touche une spume blanche abondante très aérée.

Les signes toux et spume s'exagèrent dès qu'on remue l'enfant pour lui faire sa toilette ou l'examiner.

A l'auscultation tout son hemi thorax gauche est parsemé de râles bulleux fins.

On donne un peu de gardénal, de l'oxygène de temps en temps, des bains et on fait du sérum.

Malgré cela l'enfant meurt le 25 janvier. Sa température n'a pas dépassé 36°8 le matin et 37°3 le soir.

OBSERVATION III (Personnelle).

Nicole Led... 1 mois 1/2.

Entre dans le service le 15 mars 1938 pour toux incessante.

En effet l'enfant présente une toux presque constante, une expectoration spumeuse, un peu de rhino-pharyngite, sans pierre.

Par crises, provoquées par le moindre mouvement, l'enfant tousse davantage, se cyanose et la spume devient plus abondante.

Sur la hauteur des deux poumons l'auscultation montre de nombreux râles fins sous-crépitants.

Le reste de l'examen clinique ne montre rien.

Pendant 8 jours, les signes vont en diminuant, le température reste normale, la courbe de poids n'a pas varié.

Le 30 mars la petite Nicole rentre chez elle; tout est terminé.

OBSERVATION IV (Personnelle).

Mauricette Ha... 2 mois.

Nous est envoyée pour toux coqueluchoïde.

Poids 4 kilos 200. Rien à signaler à l'accouchement.

Depuis plusieurs jours rhino-pharyngite. Puis apparition de cette toux laryngée, avec apparition sur les lèvres de spume blanche; avec paroxysmes pendant lesquels l'enfant devient bleu.

La température 37°5 — 37°8.

A l'auscultation : râles fins éclatants sous l'oreille, disséminés sur tout le champ pulmonaire.

Le reste de l'examen clinique est absolument négatif.

Avec un peu d'oxygène et de gardénal, en 10 jours tout est terminé.

OBSERVATION V (Personnelle).

Léon La... 3 mois 1/2.

Sans antécédents héréditaires décèlables.

Cet enfant entre dans notre service parce qu'il est cyanosé et émet par la bouche une mousse aérée et blanche.

En effet dès notre premier examen l'enfant est pris d'une toux impérieuse, coqueluchoïde, le cyanosant et laissant apparaître sur ses lèvres la spume caractéristique.

A l'auscultation nous entendons sur son hémithorax droit, de haut en bas, une pluie de râles fins.

L'examen clinique ne nous montre absolument plus rien : l'enfant boit bien : il n'a pas de température : 37° — 37°5.

En quelques jours tous ces signes s'atténuent, et 15 jours après son entrée l'enfant est remis à sa famille complètement guéri.

OBSERVATION VI (Personnelle).

Marc S... 5 mois.

Entre dans le service le 15 avril 1939.

Il présente :

Une toux quinteuse, incessante et pénible.

La spume blanche, apparaissant fréquemment sur les lèvres.

La respiration n'est pas gênée, on ne note qu'un très léger tirage épigastrique.

L'auscultation nous laisse entendre une pluie de râles fins disséminés sur les 2 champs pulmonaires.

Pas de température, ni aucun autre signe clinique.

Quelques enveloppements sinapisés, un peu de gardénal et les troubles s'amendent, pour le 25 avril nous montrer un enfant complètement rétabli.

CONCLUSIONS

Les observations rapportées dans notre travail, apportent une modeste contribution à l'étude d'un syndrome clinique déjà individualisé, dont nous résumerons ici les principaux caractères :

I. — Le début, dans les premiers mois de la vie, vers trois semaines en général, chez des enfants bien constitués, ne présentant aucune tare héréditaire et dont les premières semaines se sont écoulées sans incident.

II. — Le début clinique est marqué par un coryza, puis une toux devenant, au bout de quelques jours, opiniâtre, impérieuse, coqueluchoïde, survenant chaque fois que l'on veut toucher l'enfant, s'accompagnant de cyanose et faisant apparaître sur les lèvres de l'enfant une spume blanche, finement aérée.

III. — L'examen clinique montre une dyspnée constante, le plus souvent avec léger tirage. A l'auscultation, on entend d'une façon constante dans la totalité, ou dans une grande partie des champs pulmonaires une pluie de râles fins, éclatant par bouffée à la fin de l'inspiration.

IV. — L'état général reste bon. L'enfant est apyrexique ou a une fièvre minime.

V. — Le pronostic est bon; il ne paraît pas y avoir de séquelles. L'épithète de curable convient parfaitement à ce syndrome.

VI. — L'absence de vérification anatomique rend la pathogénie obscure. Toutefois, la dénomination de « broncho-alvéolite spumeuse » souligne la diffusion de lésions à tout l'arbre respiratoire, et met l'accent sur un signe objectif, curieux, du syndrome.

Vu

Le Doyen :

TIFFENEAU

Vu

Le Président de la Thèse :

LAUBRY

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :

ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- ARTARIT (C.). — Œdème aigu du poumon chez le nourrisson au cours des infections pulmonaires. (*Thèse de Paris* 1936. Edit. Maloine).
- DARIES PIERRE. — De l'œdème pulmonaire aigu rhumatismal chez l'enfant. (*Thèse de Toulouse* 1937).
- ROBERT DEBRÉ SEMELAIGNE et COURNAUD. — Œdème infectieux subaigu et curable chez le nourrisson. Société de pédiatrie 1926, p. 72.
- DEBRÉ, MARIE, BERNARD (J.) et NORMAND (E.). — Pneumonie et œdème dus au rhumatisme articulaire aigu. Autopsies de 2 cas chez l'enfant. (*Presse Médicale*, 45 : 275-276, février 20, 1937).
- DE BRENCK(E.). — Quelques réflexions au sujet d'un cas d'œdème pulmonaire curable chez le nourrisson. (*Ann. et Bull. Soc. royde med. de Gand* 9 : 118-122, septembre 1930).
- Quelques réflexions au sujet d'un cas d'œdème curable chez le nourrisson. (*Revue belge Sc. Med.* 2 : 701-705, septembre-octobre 1930).
- DE ELIZALDE et ZUCAL. — Edeima pulmonare, agrandia-

mento Cardiaco y truío en un niño de 2 años.
(*Arch. Argent de pediat.* 3 : 494-502, Aug. 1932).

GADEAT (J.). — L'œdème pulmonaire aigu rhumatismal chez l'enfant. (*La Pédiatrie prat.* N° 9, 15/9 1938 p. 152).

GADRAT-LASSERRE et DARIES. — L'œdème aigu du poumon au cours du rhumatisme chez l'enfant. (*Société de med. pharm. Chir de Toulouse.* Séance du 18 juin 1937, in : *Toulouse med.* n° 3, 1^{er} février 1938).

LEENHARAT-BARNAY-BALMES (J.) et GOLDEWSKI. — L'œdème aigu du poumon chez l'enfant. (Séance du 28 janvier 1938, *Archives de la Société des sciences médicales et biologiques*, mars 1938 fase III).

LELONG et BERNARD. — L'image radiologique d'un cas d'œdème aigu du poumon d'origine rénale chez un enfant. (*Bull. et Mem. de la Société médicale des hôp. de Paris*, 3^e Séance, n° 5, 1^{er} février 1937).

LEMAIRE (H.). — *Soc. de pédiatrie*, 17 mai 1927. p. 212.

LEREBOULLET (P.). — La grippe chez le nourrisson. (*Gazette des hôpitaux*. 1^{er} février 1933).

— « La grippe » chez Baillière 1926.

LEREBOULLET (P.) LELONG, DELARUE et JOSEPH. — Sur une épidémie d'œdème pulmonaire infectieux subaigu du nourrisson. (*Paris Médical* 5 mai 1938).

LIÈGE (R.). — L'œdème aigu du poumon chez les enfants.
(*Clinique et Labo.* Novembre 1936).

LEREBOULLET, LELONG, DELARUE et JOSEPH. — L'œdème
pulmonaire infectieux subaigu du nourrisson.
(broncho-alvéolite spumeuse). A propos d'une
épidémie observée aux enfants assistés. (*Le Nour-*
risson, n° 3, mai 1939, p. 146.

MÉRY. — Œdème pulmonaire infectieux subaigu du nour-
risson. (*Thèse de Paris* 1926).

NOBÉCOURT et BABONNEIX. — Traité de médecine des en-
fants. Tome II et III.

NOBÉCOURT. — Œdème aigu du poumon dans les cardio-
pathies rhumatismales des enfants. (*Revue géné-*
rale de clinique et de thérapeutique, 50 : 609-
616, 18 septembre 1937).

NOEGERATH (C.). — Uber chwer diagnostizierbare Kin-
der-pneumonien unter Einbeziehung des akutern
uifektiosenlengensdems. (*Monatschr. f. Kinderh.*
41 : 200-216, 1928).

POINCO, MONGES et LATRE. — Œdème aigu du poumon
chez une fillette atteinte d'endomyo-péricardite
rhumatismale. (*Comité médical des Bouches-du-*
Rhône, séance du 4 mars 1938, in : *Marseille mé-*
dical, 5 avril 1938) .

RIBADEAU-DUMAS. — Encyclopédie médico-chirurgicale.
Pédiatrie. Tome II, p. 4068-3.

ROHMER et Mlle PHILIZOT. — Bronchiolite aiguë grippale
avec accès d'apnée chez le nouveau-né, avec évo-
lution favorable. (*Société de pédiatrie*, 16 juin
1931).

POINSO, MONGES et LATRE. — A propos d'un cas d'œdème aigu mortel du poumon chez une fillette de 11 ans atteinte d'endomyo-péricardite rhumatismale. (*Pédiatrie*, p. 205, septembre 1938).

SCHACHTER (M.). — A propos d'un cas d'œdème pulmonaire aigu chez un enfant nouveau-né (avec quelques considérations pathogéniques sur les conceptions neuro-réflexes de l'œdème pulmonaire aigu en général. (*La pédiatrie Prat.*, n° 3. 15 novembre 1937).

WEBER (F.-P.). — Temporary pulmonary œdema in leukaemic child during stage some what resembling aplastic œdemia. (*Brit. d. child. Dis.* 25 : 174-179. July, sept. 28).

Imprimé par R. FOULON
29, rue Deparcieux, Paris XIV^e.
